

# État de la question sur la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie comportementale dialectique dans la dépression et les conduites suicidaires à l'adolescence

Réal Labelle, M.Ps., Ph.D.

Département de psychologie, UQÀM  
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, UQÀM

Département de psychiatrie, UdeM  
Service de recherche et Clinique des troubles de l'humeur, HRDP



Courriel : [labelle.real@uqam.ca](mailto:labelle.real@uqam.ca)



# Plan de présentation

**1. Introduction**

**2. Aspects méthodologiques de l'intervention**

**3. La thérapie cognitive et comportementale de l'adolescent suicidaire**

**4. La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent suicidaire**

**5. Les études d'évaluation dans le domaine**

**6. Conclusion**

# 1. Introduction

# Le comportement suicidaire chez l'adolescent

## Terminologie

- Le comportement suicidaire de l'adolescent n'est pas un trouble de santé mentale comportant une catégorie diagnostique principale selon les critères de l'*American Psychiatric Association* et de l'Organisation Mondiale de la Santé.
- Le comportement suicidaire de l'adolescent réfère selon les experts étasuniens (Poster et al. 2007) et canadiens (Steele et al. 2007) aux concepts du tableau qui suit.

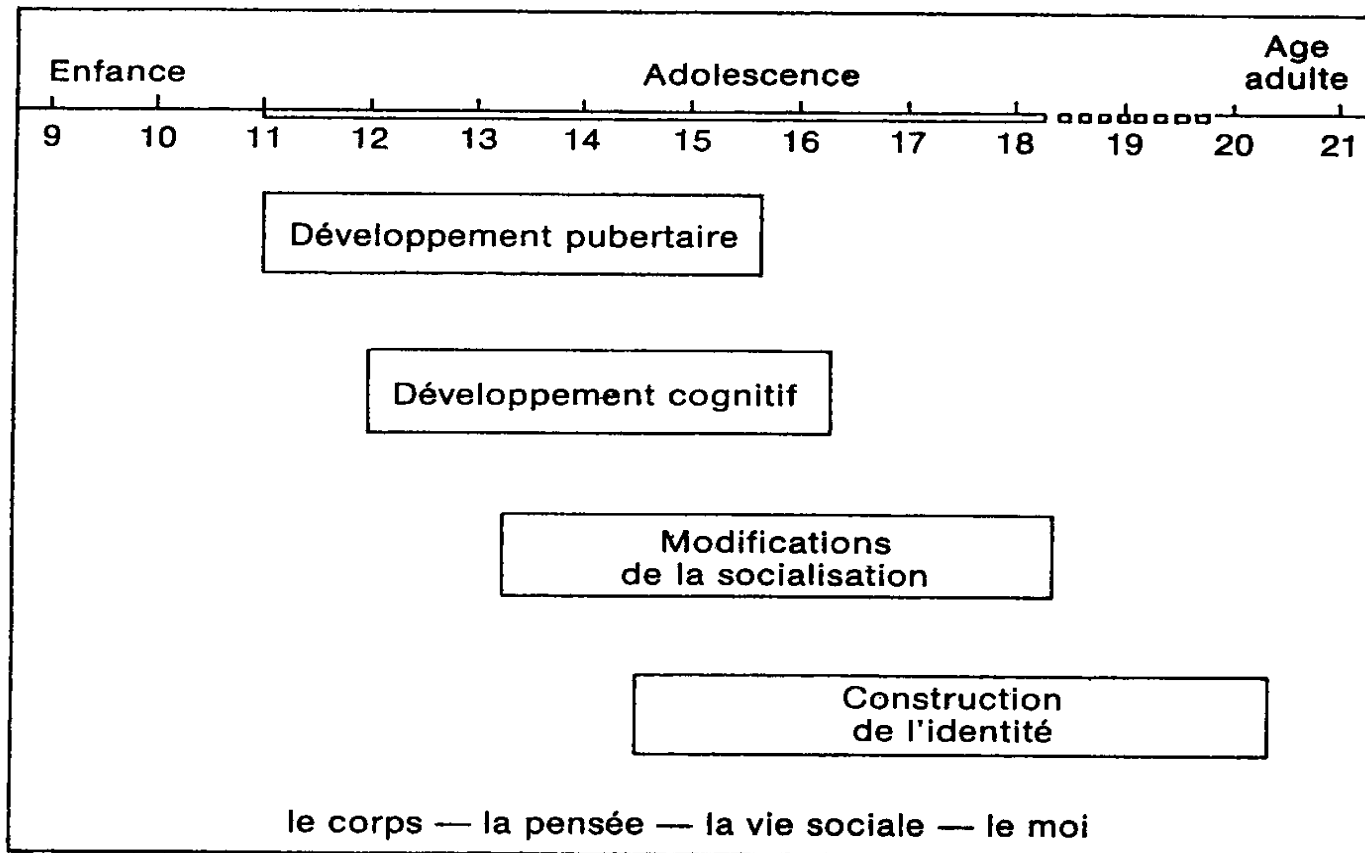
<b>IDÉATIONS SUICIDAIRES</b>	<b>CONDUITES SUICIDAIRES</b>
<p><b>Les idéations suicidaires <u>passives</u></b> sont caractérisées par un sentiment lié au désir de mourir de l'individu.</p>	<p><b>Les conduites suicidaires <u>préparatoires</u></b> représentent toutes actions reliées au suicide ou au décès telles qu'écrire une lettre d'adieu, se procurer le matériel nécessaire à cet acte, etc..</p>
<p><b>Les idéations suicidaires <u>actives</u></b> sont définies comme des idées portant sur l'action de se tuer.</p>	<p><b>La tentative de suicide</b> est une conduite potentiellement autodestructive avec au moins un certain désir ou une intention de mourir comme conséquence de cette conduite.</p>
	<p><b>La tentative <u>interrompue</u></b> est définie lorsqu'un jeune est sur le point de faire une tentative de suicide, mais celle-ci est interrompue par un tiers ou par un événement.</p>
	<p><b>La tentative <u>avortée</u></b> est définie lorsque la personne prend la décision par elle-même de cesser d'avoir un comportement suicidaire.</p>

Posner et al. (2007) de la Columbia University.

# Le comportement suicidaire chez l'adolescent

## Particularités développementales

- Parler d'un comportement suicidaire chez un adolescent suppose aussi que celui-ci a bien l'intention de cesser de vivre et saisisse bien que la mort renvoie à cette réalité.
- En général, les spécialistes estiment que la notion de mort s'acquiert vers l'âge de neuf ans. En fait, le jeune intègrerait progressivement les caractéristiques de la mort, à savoir son côté irréversible, sa finalité et son universalité.
- Et rappelons-nous des zones de développement de l'adolescent.



*Figure 1.* L'évolution des principales zones de développement à l'adolescence.

# Le comportement suicidaire chez l'adolescent

## Prévalence

- Au Québec, environ 1 300 personnes s'enlèvent la vie chaque année alors que le nombre s'élève à près de 12 000 personnes en France.
- Au Québec, malgré une diminution du taux de mortalité par suicide chez les jeunes, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité dans ce groupe d'âge.
- Le suicide explique 22 % des décès d'adolescents québécois et 15 % de français.
- Pour chaque mort par suicide à l'adolescence, il y aurait de 100 à 200 tentatives de suicide et environ 50% des adolescents qui font une tentative de suicide courent le risque d'en faire une autre.

# Le comportement suicidaire chez l'adolescent

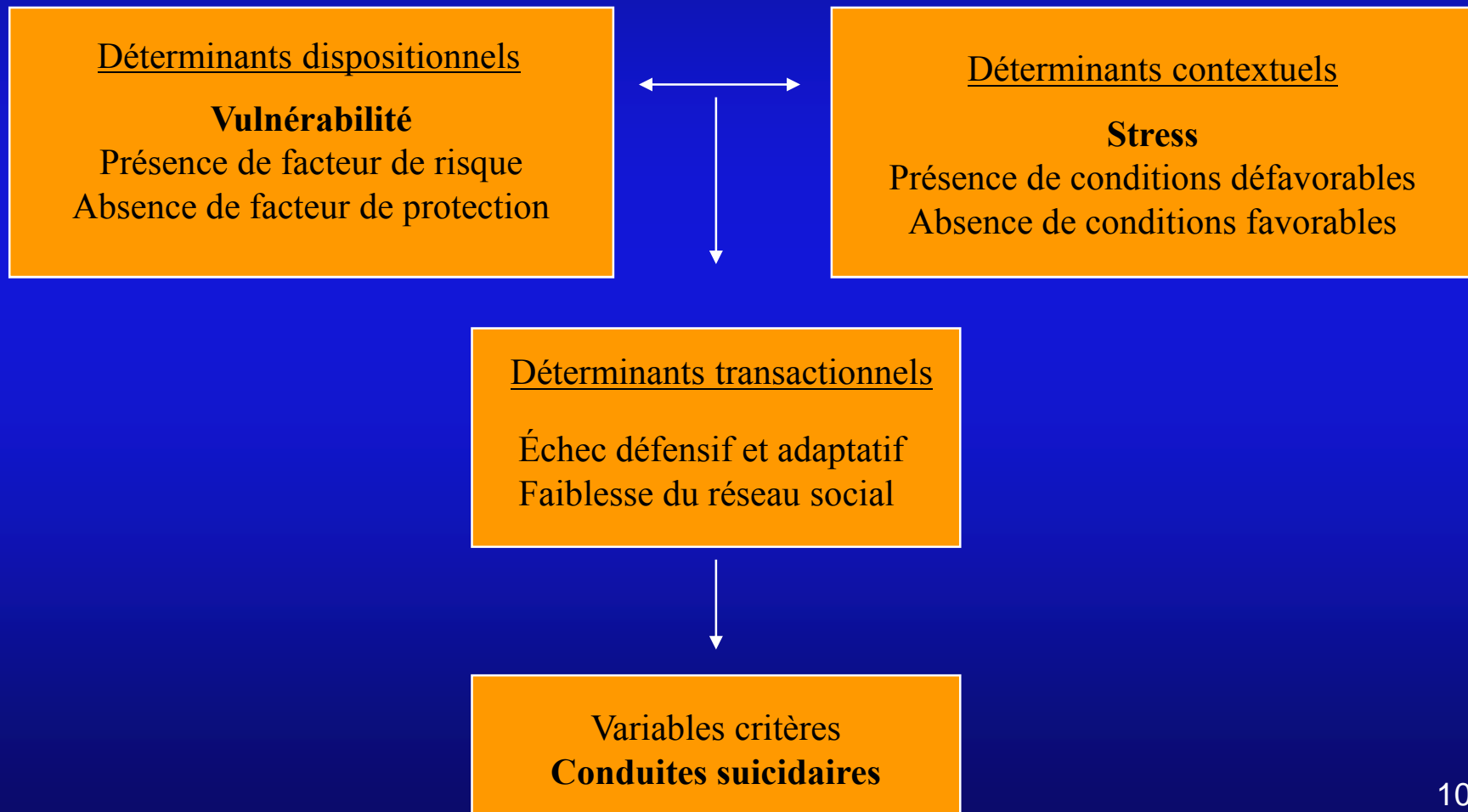
## Conséquences

D'importants coûts sociaux sont rattachés au comportement suicidaire : hospitalisation, absentéisme, échecs scolaire, augmentation du risque de suicide complété et détresse dans le réseau social, familial, scolaire ainsi qu'au sein de la communauté du jeune.

Olfson, Gameroff, Marcus, Greenberg & Shaffer, 2005; Gould et al., 2003; Reinherz, Tanner, Berger, Bearslee & Fitzmaurice, 2006; Shaffer & Gutstein, 2002.

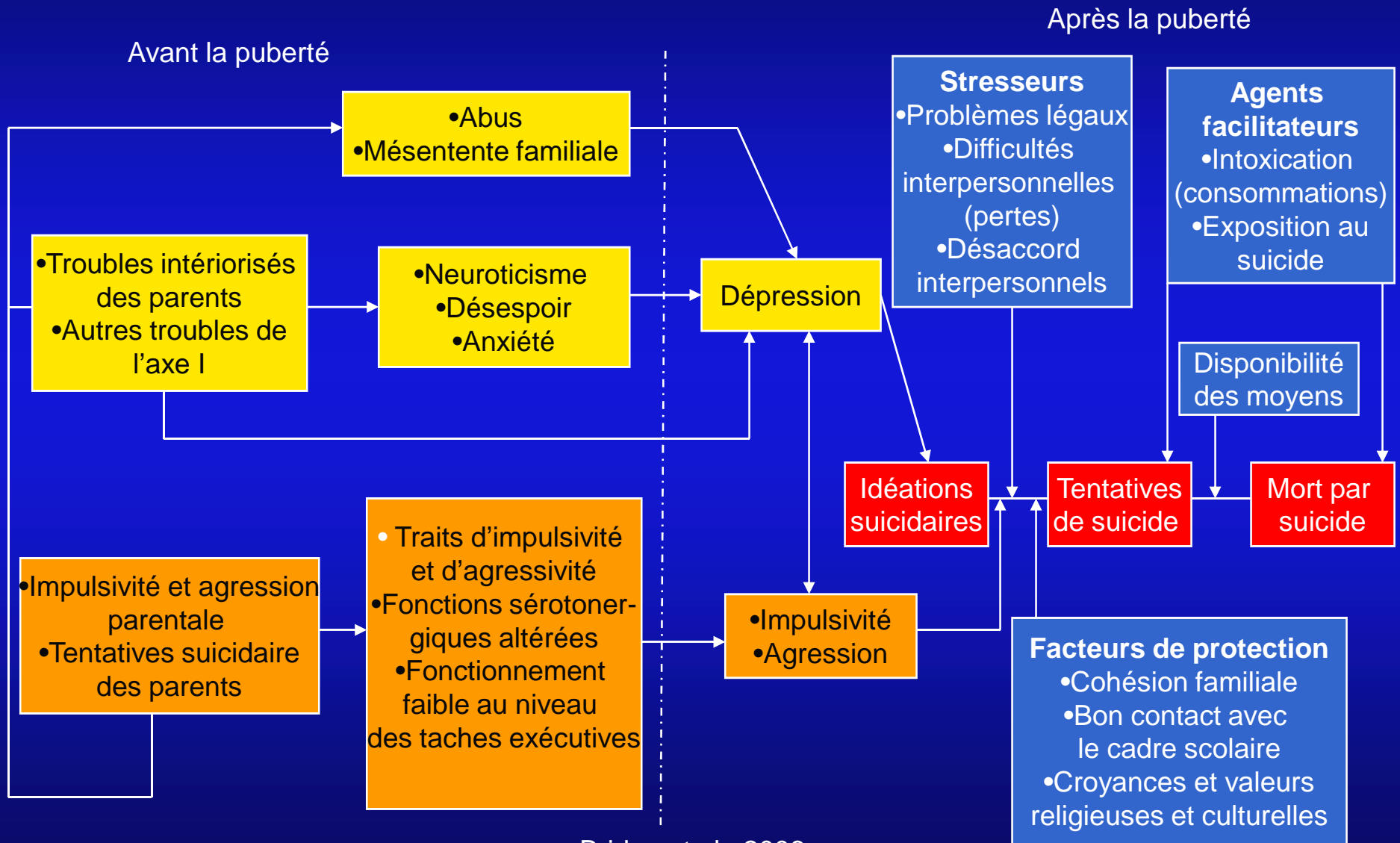
# Le comportement suicidaire chez l'adolescent

Les explications basées sur le modèle transactionnel



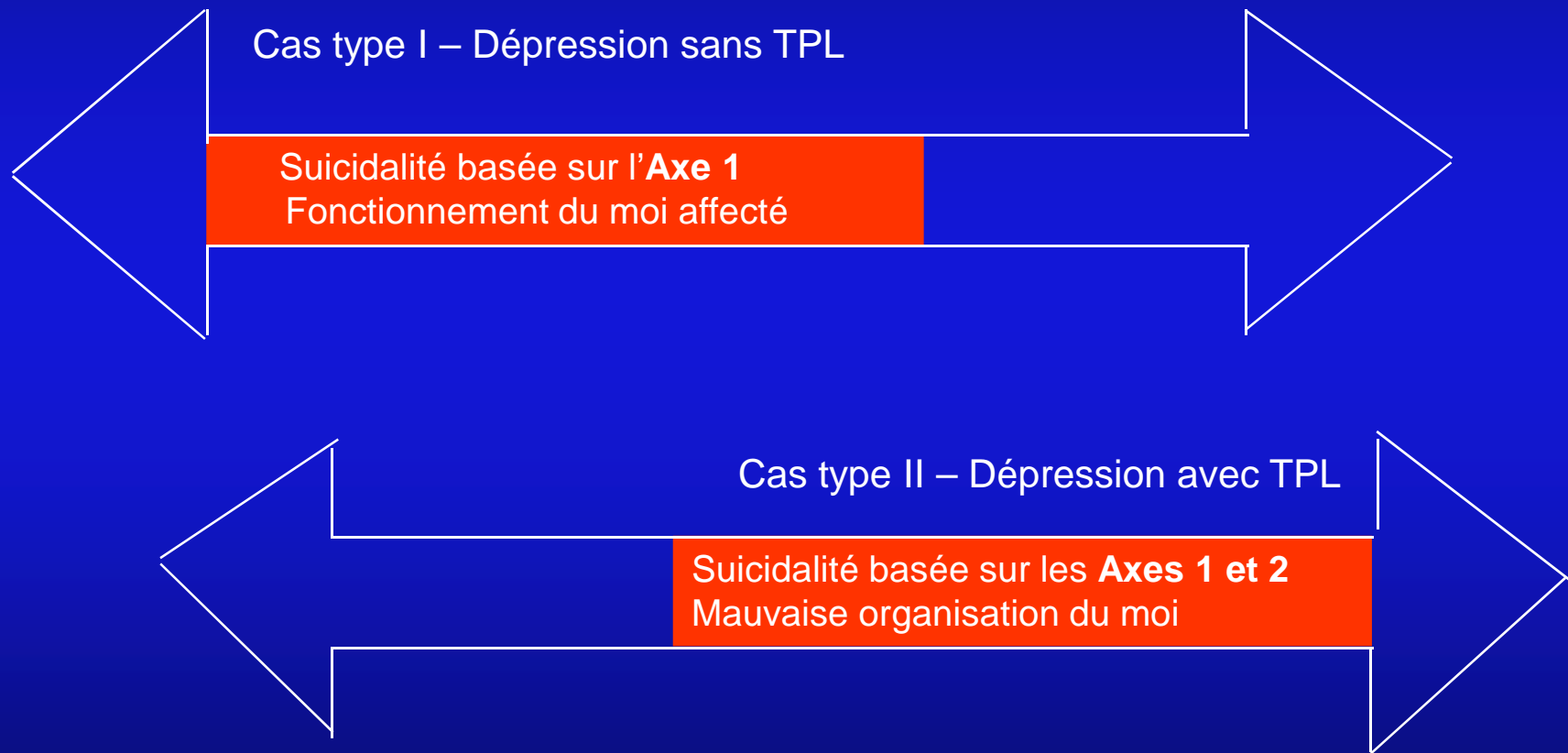
# Le comportement suicidaire chez l'adolescent

## Et le modèle transactionnel développemental



# Le comportement suicidaire chez l'adolescent

## Et le modèle médical



# Le comportement suicidaire chez l'adolescent

## Et le modèle médical

- En fait, de 15 à 20 % des adolescents présenteront une dépression au cours de leur vie et la dépression est le trouble mental le plus associé aux suicides des adolescents.
- Une récente étude québécoise montre que 60 % des adolescents qui se sont suicidés ont des troubles de l'humeur et 33 % des troubles disruptifs (opposition, trouble des conduites, hyperactivité).
- À cela s'ajoute les traits de personnalité limite (automutilation, agressivité, etc.) chez 30 % des adolescents décédés par suicide.
- À la clinique des troubles de l'humeur de HRDP, 50 % des jeunes dépressifs et suicidaires présentent des traits de personnalité limite.

Orbach et Iohan, 2010; Renaud et coll. 2008, Breton, Guilé et Labelle, 2007.

## **2. Aspects méthodologiques de l'intervention**

## La notion de programme

Un programme se définit comme un ensemble organisé, cohérent et intégré d'activités et de services réalisés simultanément ou successivement avec les ressources nécessaires, dans un but d'atteindre des objectifs déterminés, en rapport avec des problèmes de santé précis et ce, pour une population donnée.

Pineault et Daveluy, 1995.

## Les types de programme

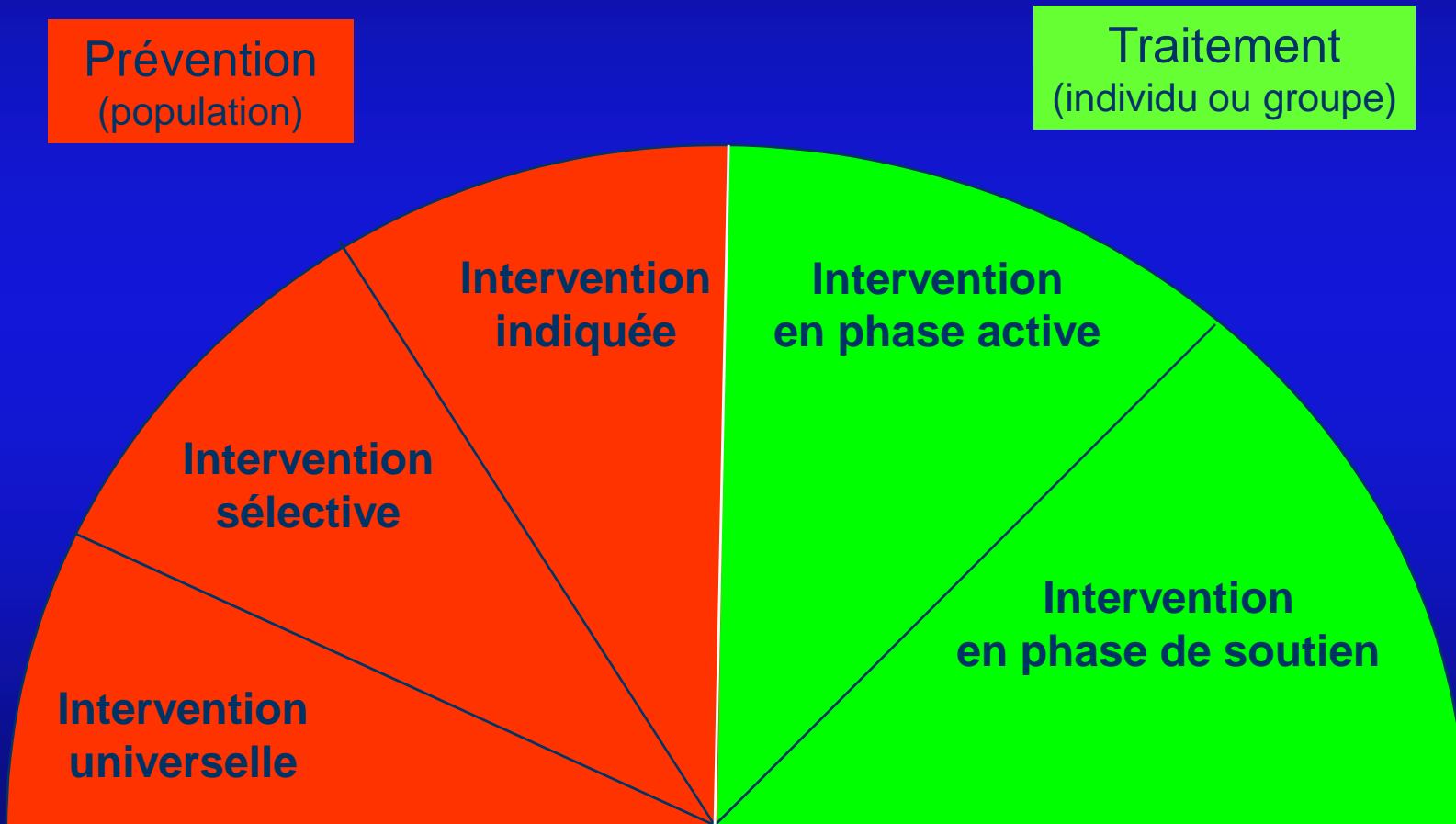
**Prévention universelle**, vise l'amélioration des compétences personnelles ou des ressources de l'environnement d'une population sans sélection au préalable.

**Prévention ciblée**, vise les individus à risque en raison de caractéristiques personnelles (type indiqué) ou de variables liées à l'environnement (type sélectif).

**Traitement phase active**, accent mis sur la modification des symptômes et l'obtention d'une rémission qui peut être partielle ou complète.

**Traitement phase soutien**, accent mis sur l'intervention de continuation (prévention des rechutes) et l'intervention de maintien (prévention des récives).

# Les types de programme



# Les théories associées à un programme

## **Théorie du problème**

Décrit les causes (facteurs associés) au problème de santé.

## **Théorie du programme**

Identifie la cause (facteurs associés) par le programme. La théorie du programme suppose aussi la **théorie du processus** (éléments de la planification organisationnelle et pratique) et la **théorie du changement** (nature des effets amenés par le programme).

Rossi, Freeman et Lipsey, 1999.

## La notion de problème de santé

### Problème de santé

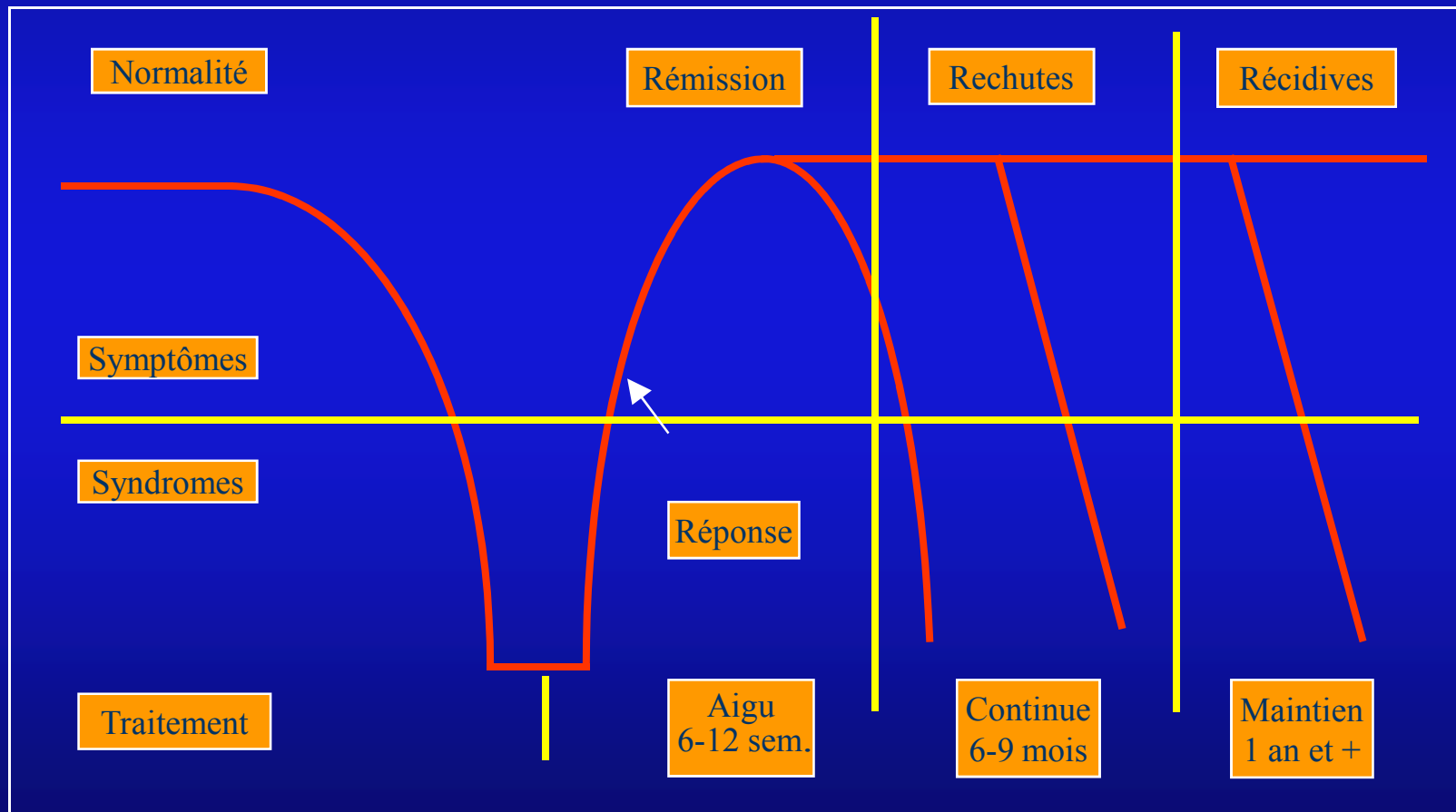


Breton et Boyer, 2001.

## Les trois phases d'un traitement

- 1) la **phase de traitement** de l'accès dépressif aigu où l'accent est mis sur la modification des symptômes et l'obtention d'une rémission qui peut être partielle ou complète
- 2) la **phase de continuation** où l'accent est mis sur la prévention des rechutes
- 3) la **phase de maintenance** où l'accent est mis sur la prévention des récives

# Symptômes, Syndromes, Rechutes, Récidives



## Approche cognitive et comportementale

La **thérapie cognitivo-comportementale** consiste en l'application pratique, dans un but thérapeutique, des **principes théoriques de l'apprentissage**, principes établis en psychologie scientifique.

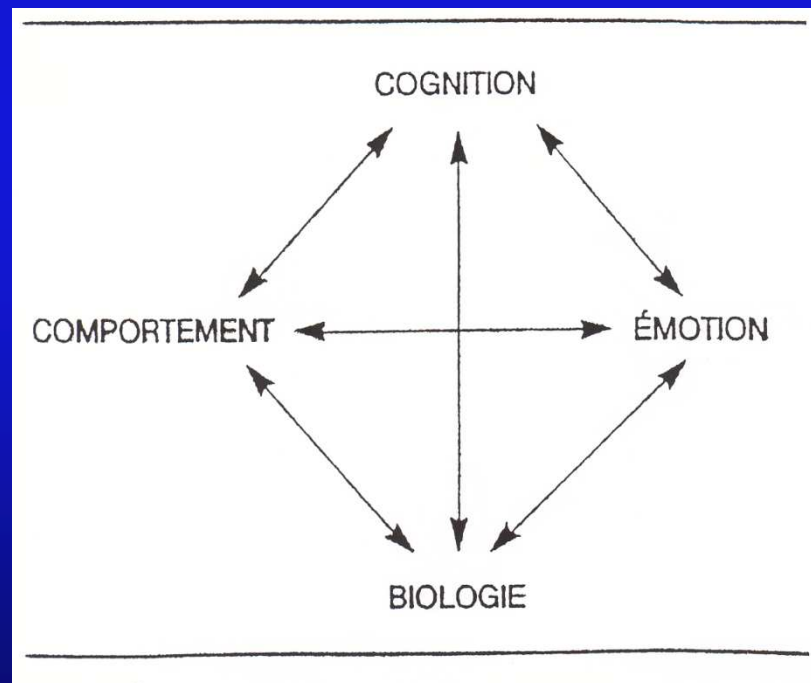
Il s'agit alors de modifier un comportement inadéquat dans une optique d'amélioration clinique significative pour le patient (les conduites inadaptées sont affrontées et éliminées et les conduites adaptées sont favorisées et renforcées).



## Approche cognitive et comportementale

Par ailleurs, le **comportement** et les **processus cognitifs** de l'individu qui l'animent ne représentent pas les seules cibles de l'intervention thérapeutique : tous deux sont en effet en lien avec les **émotions**, reflets psychologiques et affectifs des expériences de plaisir et de déplaisir, et la **biologie**.

### CAUSALITÉ CIRCULAIRE



(Palazzolo, Nice, 2004).

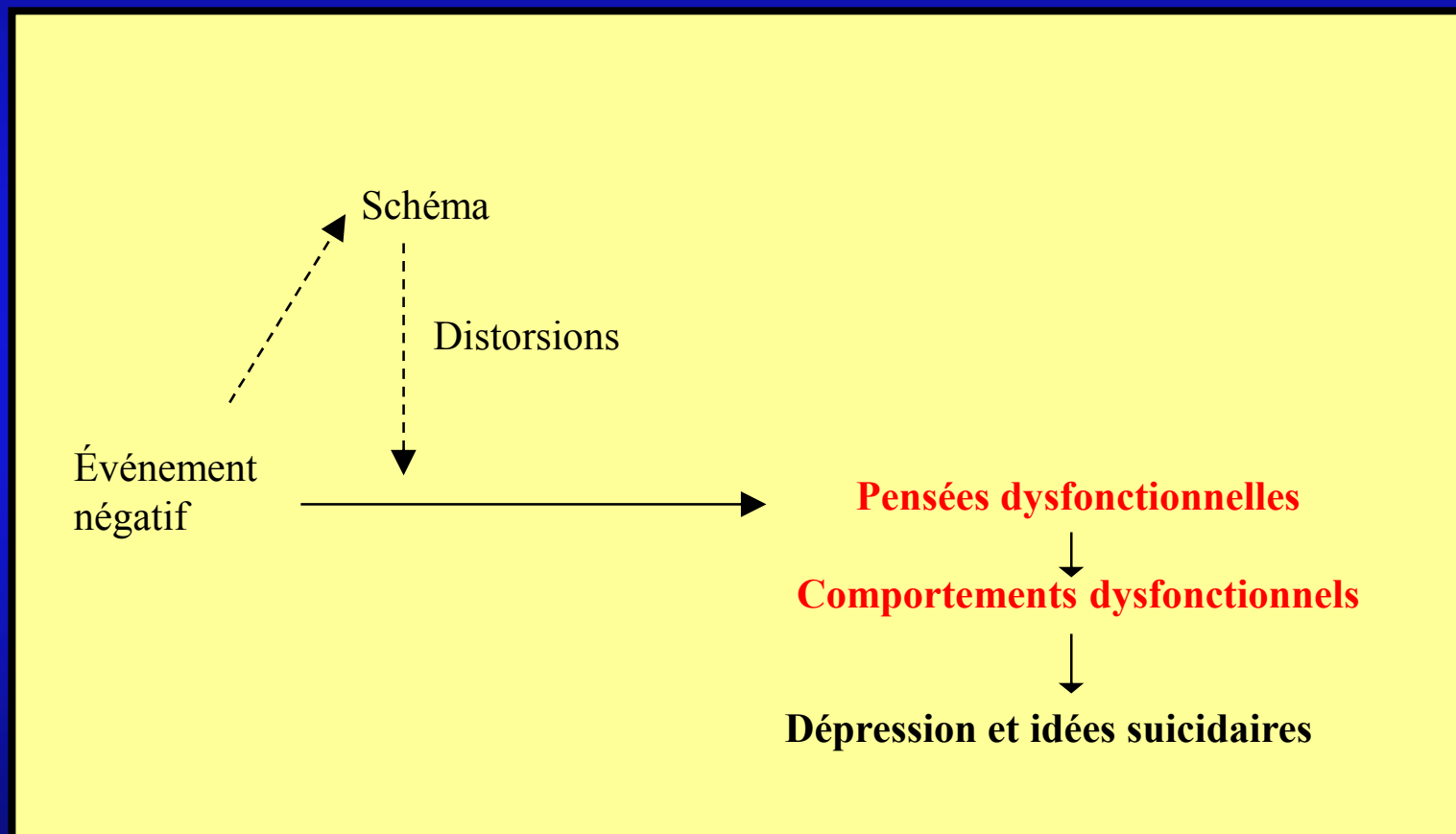
# **3. La thérapie cognitive et comportementale de l'adolescent suicidaire**

## Thérapie cognitive et comportementale (CBT, Beck)

- Hypothèse d'un dysfonctionnement cognitif et comportemental
- Vise l'apprentissage et le raffinement des compétences aux changements des réactions cognitives et comportementales face aux situations de la vie courante qui génèrent de la souffrance et de la détresse
- Aperçu des cibles et stratégies thérapeutiques

<b>Cibles d'intervention</b>	<b>Stratégies d'intervention</b>
Désespoir et absence de raisons de vivre	Découverte d'un sens à sa vie
Mauvaises stratégies de résolution de problèmes	Résolution de problèmes
Difficultés d'affirmation de soi	Communication et affirmation de soi
Pensées automatiques dysfonctionnelles	Restructuration cognitive
Faible estime de soi	Mentorat axé sur l'estime de soi

## Le modèle cognitif de la dépression avec complication suicidaire



## Transposition du modèle pour la recherche clinique

### Problèmes cognitifs

#### Les 3 « d »

Désespoir

Désillusion

Dévalorisation

### Problèmes comportementaux

#### Les 3 « i »

Inaction

Isolement

Impulsivité

## Transposition du modèle pour la recherche clinique

### **Problèmes cognitifs**

Problème de sens à la vie et d'estime de soi

Problème de pensées et de croyances

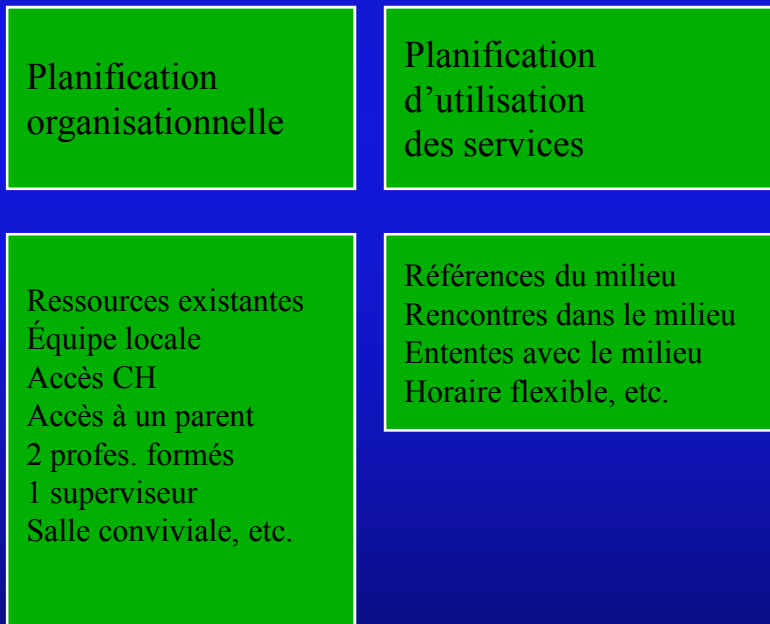
### **Problèmes comportementaux**

Difficulté de résolution de problèmes

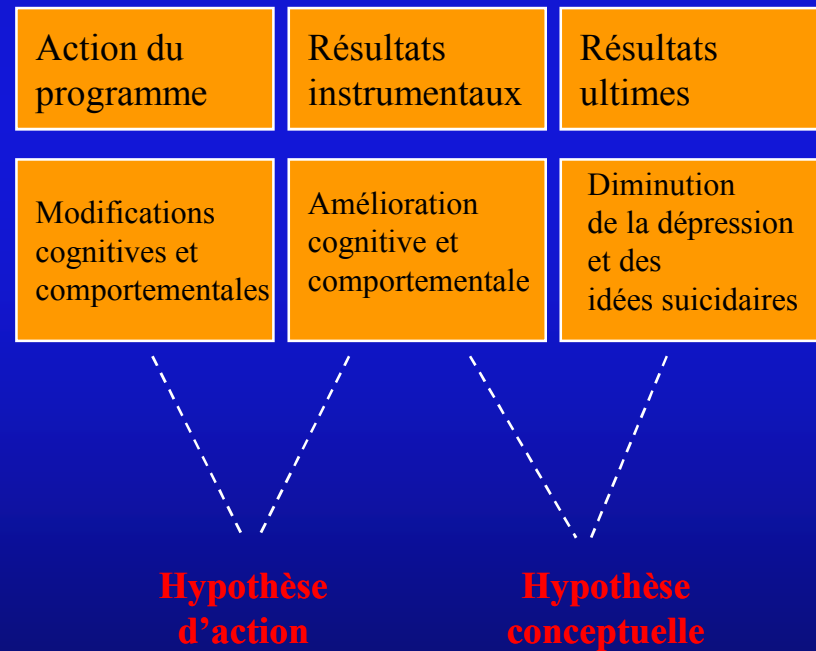
Problème d'affirmation de soi

# Théorie du programme CBT-A

## Théorie du processus



## Théorie du changement



## Adaptation pour les adolescents

1. Inclure des membres du système familial et social
2. Rendre l'abstrait opérationnel et tenir compte de son développement
3. Être très sensible à l'alliance thérapeutique
4. Adopter un style collaborateur et empirique
5. Éviter le blâme et être un modèle
6. Défier le mode binaire et avoir une position objective

Brent et coll. 1997.

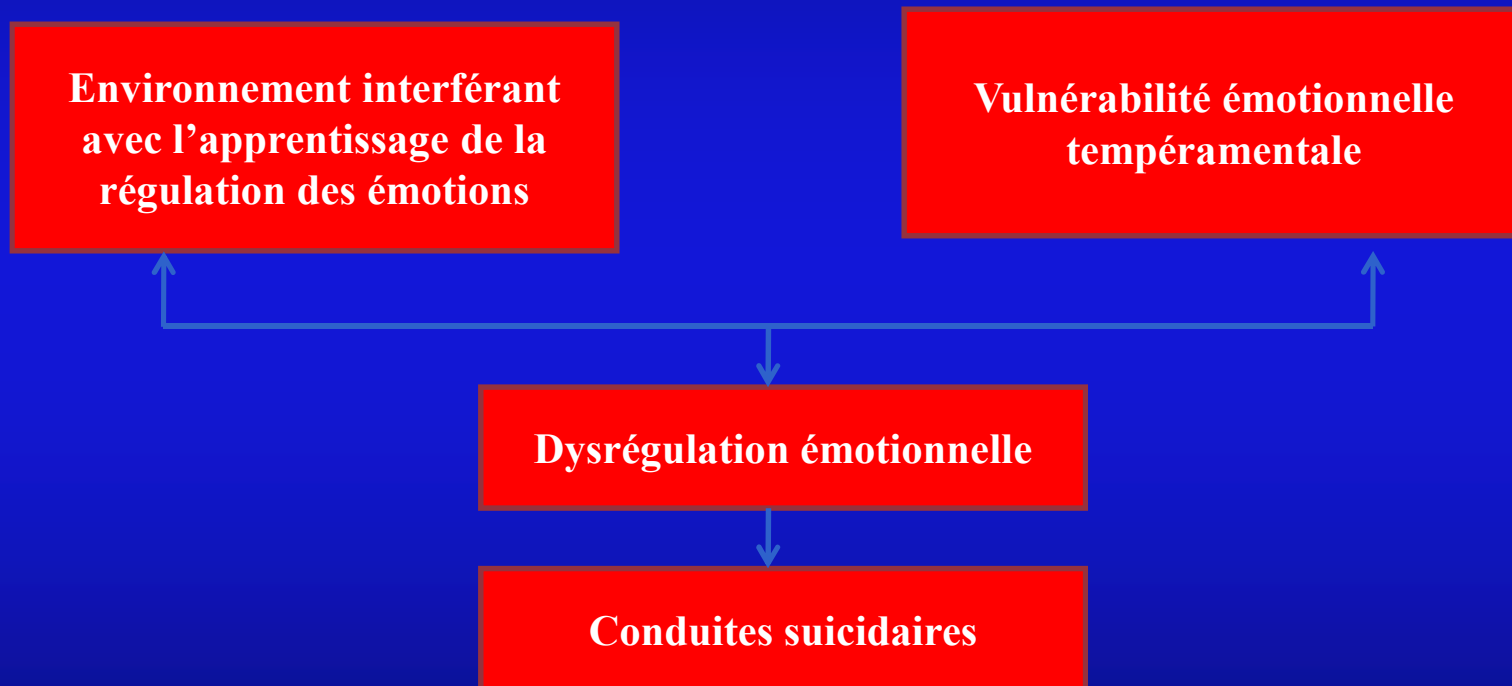
# **4. La thérapie comportementale dialectique de l'adolescent suicidaire**

# Thérapie comportementale et dialectique (DBT-A, Linehan)

- Hypothèse d'un dysfonctionnement émotionnel
- Vise la gestion de crises et l'application des compétences afin de trouver des solutions dialectiques aux problèmes
- Aperçu des cibles et stratégies thérapeutiques

<b>Cibles d'intervention</b>	<b>Stratégies d'intervention</b>
Altération de la capacité attentionnelle	Présence attentive (mindfulness)
Difficultés à gérer ses émotions	Régulation émotionnelle
Difficultés avec la réalité ne peut pas être changée	Tolérance à la détresse
Difficultés d'affirmation de soi	Efficacité interpersonnelle
Difficultés à considérer et accepter différents points de vue	Voie du milieu

## Le modèle dialectique de la personnalité limite avec complication suicidaire



## La compréhension du modèle

- **Vulnérabilité émotionnelle tempéramentale**
  - Long retour au niveau de base
  - Plus grande intensité de la réponse émotionnelle
  - Plus grande réactivité émotionnelle
- **Composantes biologiques possibles**
  - Dysfonction possible du préfrontal ?
  - Anomalie du système limbique ?
  - Anomalie au niveau de la sérotonine ?
  - Possibilité d'une sous-activation du frein vagal ?
- **Environnement invalidant**
  - Rejette sans discrimination la communication des expériences privées
  - Renforce de façon intermittente l'escalade des réponses émotionnelles
  - Simplifie la résolution de problèmes
  - Prévalence élevée de négligence, d'abus et de sévices sexuels

# Théorie du programme DBT-A

## Théorie du processus



## Théorie du changement



**Hypothèse d'action**

**Hypothèse conceptuelle**

## Adaptation pour les adolescents

- Inclusion des membres de la famille dans l'entraînement de groupe
- Service téléphonique offert aux membres de la famille
- Ajout de notions spécifiques aux relations familiales
- Réduction du cycle d'entraînement aux compétences (20 semaines)
- Un cinquième groupe de compétences est ajouté : la voie du milieu

Miller, Rathus et Linehan, 2007

# 5. Les études d'évaluation dans le domaine

# Études selon le spectre des interventions

Adolescent suicidaire		
Prévention	Traitements	
<p><u>Conduites suicidaires</u></p> <p>Programmes canadiens Breton et coll, 1998</p> <p>Programmes québécois Julien et coll., 2004</p> <p>*</p> <p><u>Dépression et conduites suicidaires</u></p> <p>Programmes répertoriés Marcotte, 2001</p>	<p><u>Dépression et conduites suicidaires</u></p> <p>Traitements psychosociaux Labelle et coll., en cours</p>	<p><u>Dépression /personnalité limite et conduites suicidaires</u></p> <p>Traitements psychosociaux Labelle et coll., en cours</p>

## Démarche pour la recension

39

Critères de sélection	Critères d'inclusion
<b>Moteurs</b>	Medline et PsychInfo
<b>Publication</b>	À partir de 1995
<b>Population</b>	Enfant d'âge scolaire ou adolescent
<b>Problématique</b>	Conduites suicidaires, TD et TPL
<b>Résultats</b>	Informations théoriques ou empiriques

# Données probantes et traitements soutenus empiriquement

Piège à éviter

## Traitements soutenus empiriquement

Une partie tout au plus  
de la pratique fondée  
sur les données probante

## La pratique fondée sur les données probantes

Ensemble plus complet et complexe  
de données empiriques  
qui vont au-delà de la démonstration  
de l'efficacité d'un traitement.

# Hiérarchie des types d'étude

En fonction du niveau de preuve

Meta-analyse  
Revue systématique

Essais contrôlés randomisés  
Essais non contrôlés  
Études de cohortes  
Études de cas-témoins  
Études transversales  
Séries de cas

Opinion d'expert

*NICE-Royaume-Uni*  
*INSERM-France*

*American Psychiatric Association – États-Unis*  
*Instituts de recherche en santé du Canada*

**Tableau 2.VI : Niveau de preuve scientifique et grades des recommandations selon l'Anaes (2001)**

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p><b>Niveau 1</b>  Essais comparatifs randomisés de forte puissance  Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés  Analyse de décision fondée sur des études bien menées</p>	<b>A : Preuve scientifique établie</b>
<p><b>Niveau 2</b>  Essais comparatifs randomisés de faible puissance  Études comparatives non randomisées bien menées  Études de cohorte</p>	<b>B : Présomption scientifique</b>
<p><b>Niveau 3</b>  Études cas-témoins</p>	<b>C : Faible niveau de preuve</b>
<p><b>Niveau 4</b>  Études comparatives comportant des biais importants  Études rétrospectives  Séries de cas</p>	

## Résultats de la revue des écrits sur le traitement CBT-A

Auteurs	Pays	N	Intervention	Mois	Niveau de preuve	Principaux résultats	Remarques
1. Brent et coll. (1997)	US	107	CBT > TF > Traitement soutien	3-4 Relance	<b>A</b> Randomisée	↓ Dépression avec CBT	75 % F Clinique TH et TA à Pittsburgh Archives of General Psychiatry
2. Harrington et coll. (1998)	UK	162	CBT axée R P Familiale vs TAU	2 Relance	<b>B</b> Randomisée	Pas d'effet principal	90 % F Adolescent TS par intoxication Traitement de 4 rencontres J. Am Child & Adolescent Psychiatry
3. Woods et coll. (2001)	UK	63	CBT axé R P + Soins habituels > Soins habituels	6 Relance	<b>B</b> Randomisée	↓ Conduites auto dommageables répétées si CBT + Soins habituels	78 % F Adolescent avec conduites autodommageables répétées Clinique TH et TA à Pittsburgh J. Am Child & Adolescent Psychiatry
4. Donaldson et coll. (2005)	US	39	CB T axé R.P.. vs Traitement de soutien	3 2 Relances	<b>B</b> Randomisée	↓ Dépression Idéations suicidaires	82 % FS Adolescent TS Contrôle médication Clinique hôpital psychiatrique J. Am Child & Adolescent Psychiatry
5. Esposito et coll. (2006)	US	6	CBT axé R.P + Rx	12	<b>C</b> Pas contrôle	↓ Alcool Idéations suicidaires	83 % FS Adolescent abus alcool et conduites s. Clinique hôpital psychiatrique American Journal of Addiction
6. March et coll. (2007)	US	439	Fluoxétine vs CBT vs Fluoxétine + CBT vs placebo	4	<b>A</b> Randomisée Aveugle	↓ Dépression Idéations suicidaires d'autant si combinaison	TADS - Étude multisite (13 sites) 41% de familles monoparentales CBT + Fluoxétine (71%); Fluoxétine (60.6%); CBT (43.2%); Placebo (34.8%). J. Am Medical Association

A : Preuve scientifique établie

B : Présomption scientifique

C : Faible niveau de preuve

## Résultats de la revue des écrits sur le traitement DBT-A

Auteurs	Pays	N	Intervention	Mois	Niveau de preuve	Principaux Résultats	Remarques
1. Miller et coll. (2000)	US	27	DBT-A	3	<b>C</b> Pas contrôle	↓ Symptômes TPL X 4 Sp.	85% F Centre médical-NY Cognitive and Behavior Practice
2. Trupin et coll. (2002)	US	60	DBT-A Santé mentale TCD-A Population gén. TAU population gén.	10	<b>B</b> Qua-Exp.	↓ Comportements perturbateurs (agression, parasuicide, classe)	100 % F incarcérées Centre transition-Washington Child and Adolescent Mental Health
3. Rathus et Miller (2002)	US	131	DBT-A vs TAU	3	<b>B</b> Qua-Exp.	↓ Symptômes TPL X 4 Sp. Dépression Idéations suicidaires	83% F Pas Randomisé Confusion avec médication Suicidaire en Life-Threatening Be.
4. Sunseri (2004)	US	68	DBT-A	6	<b>C</b> Pas contrôle	↓ Hospitalisation	100 % F suicidaires En résidence sup. en Californie Residential Treatment Child/Youth
5. Katz et coll. (2004)	CAD	62	DBT-A vs TAU	½	<b>B</b> Qua-Exp. Pas aveugle Pas d'adhérence	↓ Incidents durant l'hospitalisation (parasuicide, abus substance...)	84% F Unité interne psychiatrique Manitoba Suivi de un an Confusion avec médication J Am Child & Adolescent Psychiatry
6. Fleischhaker et coll. (2005)	AI	12	DBT-A	4	<b>C</b> Pas contrôle	↓ Conduites autodommageables	Clinique externe en Allemagne Enfance et développement
7. Nelson et coll. (2006)	US	32	DBT-A	4	<b>C</b> Pas contrôle	↓ Comportements d'opposition Dépression	32 jeunes avec trouble oppositionnel Communauté, système de justice... Behavior Research and Therapy
8. Goldstein et coll. (2007)	US	1	DBT-A	8	<b>C</b> Pas contrôle	↓ Idéations suicidaires Conduites autodommageables	Ado avec Th et conduites sui. Études Child and Ado Bipolar Serv. University of Pittsburgh J Am Child & Adolescent Psychiatry
9. James et coll. (2007)	UK	16	DBT-A	12	<b>C</b> Pas contrôle	↓ Dépression Désespoir Conduites autodommageables Symptômes TPL	16 F avec conduites autodommageables depuis au moins 18 mois Clinique DBT en Angleterre Child and Adolescent Mental Health

A : Preuve scientifique établie  
B : Présomption scientifique  
C : Faible niveau de preuve

## Résultats de la revue des écrits sur le traitement CBT et DBT

Auteurs	Pays	N	Intervention	Niveau de preuve	Principaux résultats	Remarques
Tarrier et coll (2008)	UK	28 articles	Approche cognitive et comportementale dans le traitement des conduites suicidaires  Adulte et jeune	<b>A</b> Revue systématique & Meta-analyse	<b><u>Chez l'adulte</u></b> preuve scientifique établie  <b><u>Chez l'adolescent</u></b> présomption scientifique  <b><u>En individuel</u></b> preuve scientifique établie  <b><u>En groupe</u></b> présomption scientifique	Behavior modification
Brent (2009)	US	Revue	Approche cognitive et comportementale dans le traitement des conduites suicidaires  Jeune	<b>A</b> Revue systématique	La CBT-A et la DBT-A sont les deux traitements de choix à développer dans le futur pour traiter les adolescents suicidaires	Des études sont nécessaire pour mieux comprendre les mécanistes d'action de ces thérapies avec ou sans médication

A : Preuve scientifique établie  
 B : Présomption scientifique  
 C : Faible niveau de preuve

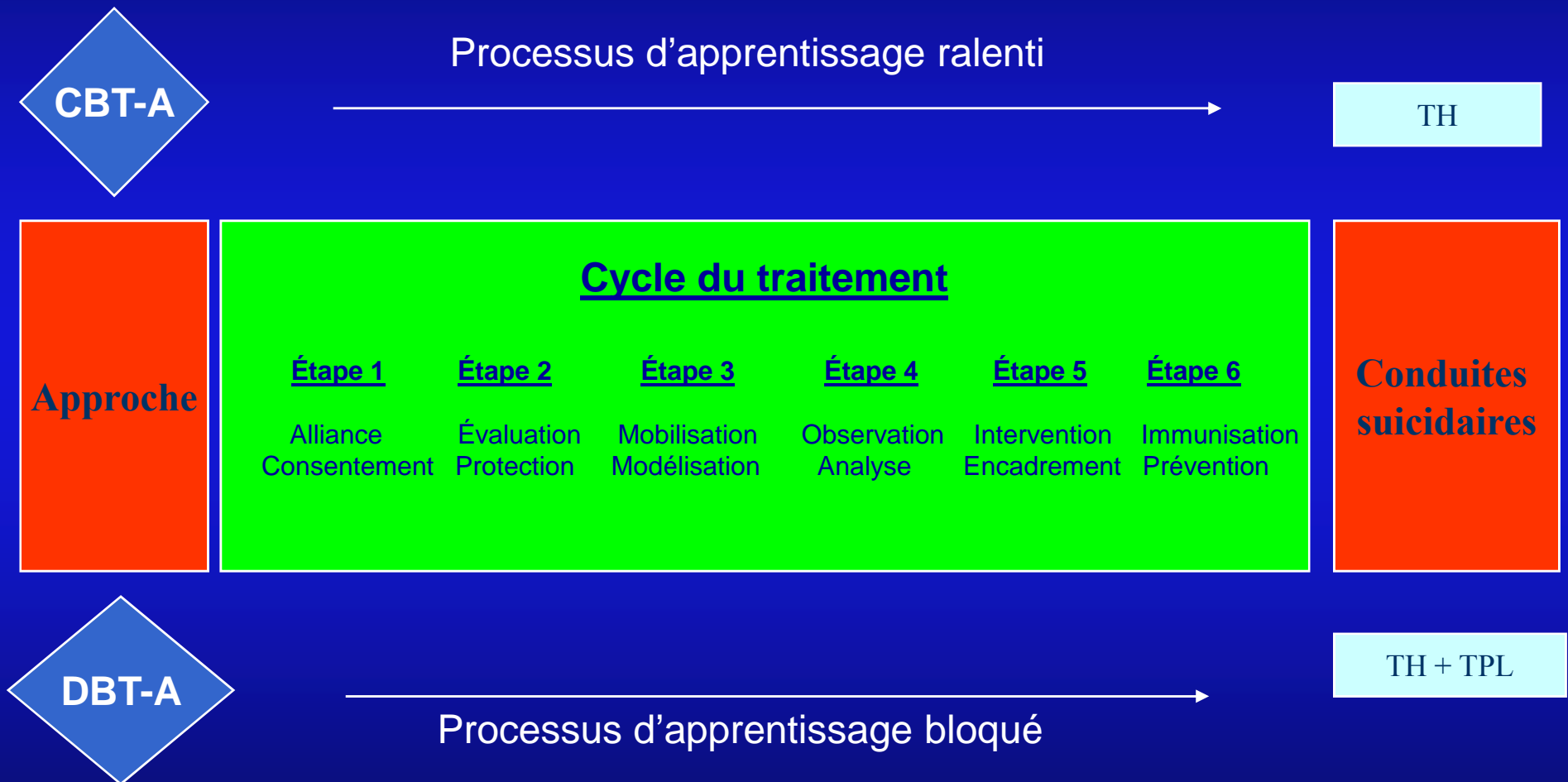
# Résultats de la revue des écrits sur le traitement CBT et DBT

## Observations

- Les connaissances dans le domaine avancent dans le monde anglo-saxon, sachant que jusqu'à récemment les adolescents suicidaires étaient exclus des essais cliniques.
- Les études montrent que la CBT-A et DBT-A sont deux traitements soutenus empiriquement pour aider les jeunes suicidaires. Le niveau de preuve scientifique demeure relativement modéré.
- Les études recensées comprennent une surreprésentation de fille et une variété de modes d'intervention, rendant les résultats difficilement interprétables.
- Les mécanismes d'action de la CBT-A et DBT-A dans le traitement des conduites suicidaires des jeunes devraient être mieux étudiés. Est-ce le cadre, les compétences enseignés, la relation qui sont en lien avec les gains du jeune suicidaire?
- Les études futures devraient mieux chercher à isoler l'effet de CBT ou DBT sur les conduites suicidaires en contrôlant mieux l'usage notamment de médicaments.
- Enfin, cette recension des écrits nous mène à constater que le *National Institute of Mental Health* des États-Unis finance actuellement un imposant projet nommé TASA pour *Treatment of Adolescent Suicide Attempters* qui regroupe 5 sites : Duke, Pittsburg, Columbia/NY, Johns Hopkins et UT Southwestern. Ce projet est un essai randomisé combinant des stratégies de CBT-A et DBT-A.

# Conclusion

# Vers un modèle intégratif de la prise en charge de l'adolescent suicidaire





# Merci !

À l'équipe de Jean-Jacques Breton de la CTH

Au Service de recherche de HRDP

Au Programme de pédopsychiatrie

À l'équipe du Crise de l'UQAM

Au Consulat général de France à Québec

Au ministère des Relations internationales du Québec

Au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture



# Normes de pratique émises par AACAP

Le meilleur guide pour orienter la clinique sont les normes émises par l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Official Action (2001) sur les paramètres de pratique pour traiter les enfants et adolescents avec des conduites suicidaires (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40(7) 24S-51S*).

## 1. Consentement

- Aucune donnée probante définitive n'existe sur les meilleurs traitements
- Limites à la confidentialité
- Donner des infos sur les options, risques, bénéfices, durée et coût du traitement retenu.

## 2. Diagnostic et monitoring

- Avec diagnostic complexe et conduites suicidaires réaliser une évaluation plus étroite pour l'établissement d'un plan de traitement
- Évaluation de l'axe I et II au DSM-IV
- Faire un diagnostic et recommander un traitement sur mesure selon les symptômes
- Monitorer, évaluer et documenter régulièrement l'intensité de la dépression et des conduites suicidaires tout au long du traitement
- Pour les dépressifs et suicidaires chroniques, documenter les facteurs qui augmentent ou diminuent le risque suicidaire

# Normes de pratique émises par AACAP

## 3. Planification du traitement

- Si l'hospitalisation n'est pas requise, l'intensité du traitement varie selon le diagnostic et l'intensité du risque suicidaire
- Le plan de traitement devrait porter sur des cibles directes (ex. idées suicidaires) et indirectes (ex. désespoir)
- L'intervention centrale devrait être une thérapie brève axée sur la résolution de problèmes
- Pour réduire les conduites suicidaires, le traitement devrait être conceptualisé sur une plus longue durée selon le déficit d'habilités adaptatives
- Pour la crise, une thérapie à court terme, directive et centrée sur la résolution de la crise est suggérée
- Pour les diagnostics à l'axe II, la psychothérapie devrait être plus longue et portée davantage sur la relation, la communication interpersonnelle et l'image de soi
- Il importe de chercher à rehausser l'adhésion au traitement par des relances et des consultations complémentaires

# Normes de pratique émises par AACAP

## 4. Relation thérapeutique

- Développer une solide relation thérapeutique, cette relation devrait être centrale dans le traitement
- Monitorer son contre-transfert et avoir régulièrement recours à la supervision, consultation et soutien

## 5. Mesure de résultats

- Utiliser une méthode pour mesurer la dépression et les conduites suicidaires
- Mesurer les effets du traitement en utilisant des indicateurs directs (ex. idées suicidaires) et indirects (état de fonctionnement) de la dépression et des conduites suicidaires

## 6. Spécificité à l'adolescence

- Inclure les parents/substituts dans le traitement
- Évaluer les habiletés des parents/substituts dans leur rôle de parents
- Suggérer à certains parents/substituts une prise en charge visant la tâche d'être parent et les habiletés de communication au sein de la famille.